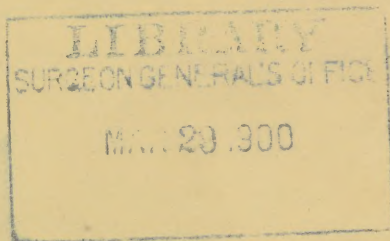
Fadda (G)

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

THESE

DO

Dr. GAVINO FADDA

RIO DE JANEIRO

1897

DISSERTAÇÃO

Cadeiras de Clinica Medica e Clinica Cirurgica

Pathologia das dislocações renaes

e em particular as

Crises gastricas na nephroptose

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

Apresentada á

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Em 11 de Janeiro de 1897

Para ser sustentada

PELO

Dr. GAVINO FADDA

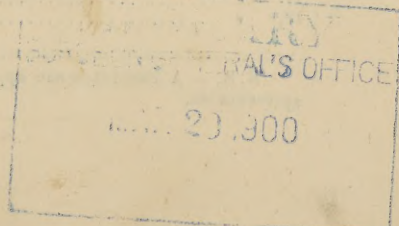
NATURAL DA ITALIA

Formado em medicina e cirurgia pela
Real Universidade de Turim

Afim de poder exercer a sua profissão na Republica dos E. U. do Brazil

Rio de Janeiro

Typ-litho, — Martins & C. — Rua do Hospicio n. 170

1897

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR—Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

DRS.:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico-cirurgica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e Mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophtalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade	Clinica medica—1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

	DRS.:
1.ª Secção	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
2.ª »	Oscar Frederico de Souza.
3.ª »	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4.ª »	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5.ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6.ª »	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7.ª »	Bernardo Alves Pereira.
8.ª »	Augusto de Souza Brandão.
9.ª »	Francisco Simões Corrêa.
10.ª »	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11.ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12.ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N.B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

« On peut exiger beaucoup de celui qui devient anteur pour acquérir de la gloire ou par motif d'intérêt; mais un homme qui n'a écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a, sans doute, des grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. »

(LA BRUYÈRE)

Pathologia das deslocações renaes e em particular as crises gastricas na nephroptose

---

DISSERTAÇÃO

Historia — A pathologia das dislocações dos rins achou um primeiro aceno na litteratura medica por obra de Francisco Pedemontanus em 1581 (Legry — Manuel de Medicine de Debowe e Hachard, VI, pag. 779), mas sómente um seculo mais tarde, em 1862, Riolano (Manuel anatomique et pathologique) fez della uma exposição assaz completa, reputando como causa da cahida dos rins o desapparecimento das capsulas adiposas e o desenvolvimento de tumores e de calculos, que augmentassem o peso dos rins.

Entre os varios symptomas descrevia o comparecimento de dôres accessionaes semelhantes a colicas.

Mais tarde occupa-se do assumpto Rayel e em 1859 Fritz publica um interessante trabalho baseado em 35 observações (Archives de Médicine.)

Em seguida os estudos neste assumpto foram sempre mais multiplicando-se por obra de Dietl, Becquet, Chrobach, e com Keppler, Tuffier e outros inicia-se a época da intervenção cirurgica nas nephroptoses.

Seguir o interessante argumento no seu desenvolvimento historico seria trabalho longo demais e que muito nos afastaria da nossa these.

As dislocações dos rins estão hoje em dia bem conhecidas na anatomia pathologica, nas suas manifestações clinicas e na etiologia, e os mais recentes tratados fazem dellas a descripção extensa e sufficientemente completa.

Ha comtudo factos menos sabidos e menos frequentes em que é nossa tenção insistir, porque merecem de ser bem conhecidos, seja pelas consequencias damnosas que produzem nos doentes, seja pelos erros diagnosticos a que podem dar lugar, e o faremos depois de ter brevemente resumido alguns factos principaes sobre a pathologia das dislocações dos rins.

Estatistica — A frequencia de dislocação dos rins do seu lugar normal é tal que não é mais permittido a um medico attento transgredir a indagação n'um exame completo da doente.

As estatisticas mostram-nos provas eloquentes neste proposito.

E' sabido que a nephroptose encontra-se em grandissima maioria na mulher, mais do que no homem.

Sobre 1,176 casos ajuntados pelas estatisticas de varios autores, Bruhl (Gazette des Hôpitaux, 1892) encontra 1,028 mulheres e 148 homens. isto é, 87 °|₀ dos casos pertence ao sexo feminino.

Os rins movediços são tão frequentes na mulher que Lindner e Kuttner affirmam que de tal molestia encontra-se atacada uma mulher entre cinco ou seis examinadas por acaso.

A cahida do rim direito é muito mais frequente do que a do rim esquerdo.

A mesma estatistica allega que sobre 936 casos de dislocação uni-lateral dos rins 819 são devidos ao rim direito.

Outras estatisticas preoccupam-se de pôr em evidencia as correlações da molestia com a idade, com a prenhez e com as dyspepsias em genero. Destas faremos acenos em breve.

Etiologia da nephroptose — Numerosas causas foram allegadas para explicar a deslocação dos rins. A nós importa numeral-as summariamente, insistindo sobretudo sobre algumas, que parecem ter mais affinidade com o nosso assumpto:

1° *Traumatismos* — E' difficil que um traumatismo, que opere directamente sobre a regiro dos rins, possa produzir uma dislocação pura e simples ; quasi sempre, neste caso, trata-se de laceração do rim, o que indica uma capacidade muito notavel de resistencia no lugar normal deste orgão.

Para nós tem grandissima importancia os traumas, que

operam indirectamente explicando-se como um choque das visceras do alto para baixo,

E' logico imaginar que numa cahida do alto sobre os pés ou sobre as nadegas, chocando o tronco em posição vertical, a massa dos rins sobrecarregada pelo rim direito do peso do figado sobrestante, tondo adquirido uma velocidade consideravel na cahida, tenha, na brusca parada sobre o chão, de estirar em baixo os meios ligamentosos, os quaes podem para o rim ceder facilmente e derivar disso uma nephroptose, como provam-no dois casos clinicos appontados por Tuffier. Este refere que uma mulher tendo feito uma queda de uma carruagem em movimento, provou no mesmo momento uma québra, uma especie de senso de laceração do seu lado direito. A datar desse dia a região tornou-se e ficou dorida.

Numa outra doente, que tinha já sido operada, os mesmos accidentes manifestaram-se em seguida ao esforço para levantar um pesado fardel.

E' provavel que para produzir-se a deslocação do rim por este mecanismo seja necessaria uma anomalia, um ponto fraco a esse nivel, de maneira que sob a influencia de um esforço brusco a glandula, insufficientemente mantida, se desloque.

Segundo Legry parece que tambem um esforço qualquer (levantamento de um peso, quintas de tosse, crises asthmaticas, etc.) possa provocar a deslocação do rim.

2º *Consideravel e rapido emmagrecimento* — pelo que vem a absorver-se a gordura da capsula adiposa, que physiologicamente envolve e conserva o rim incluido.

3º *A prenhez* — A grande frequencia do rim movediço no sexo feminino e o estado de relaxação nas paredes abdominaes, que segue ás prenhezes especialmente se frequentes

e repetidas, rendem facilmente acceitavel este momento etiologico.

Porém o rim movedizo encontra-se tambem com discreta frequencia nas nulliparas. Com effeito, de uma estatistica do Polyclinico Geral de Turim, compilada pela Doutora Snra. A. Rossi e publicada no Boletim do mesmo Polyclinico em 16 de Setembro de 1896, deduz-se que sobre 229 mulheres com rins deslocados 114 eram nulliparas e 115 tinham tido prenhez.

4° *Congestões hepaticas* — A relação entre as congestões hepaticas e a nephroptose foi posta bem em evidencia por Potain. O sabio professor demonstrou que as deslocações do rim eram frequentemente precedidas por accessos congestivos do lado do figado com ou sem ictericia. Sob a influencia deste augmento de volume da glandula hepatica o rim supporta uma pressão, que o deprime progressivamente e acaba para tornal-o movedizo, de maneira que depois do regresso do figado ao estado normal o rim fica movedizo

Como prova desta opinião, Tuffier assignalou ao Congresso de Cirurgia de 1891 a observação de uma doente, que depois de varias congestões hepaticas acompanhadas de rim movedizo, morreu em seguida a cirrose hepatica.

Tuffier teve a opportunidade de observar dois factos novos do mesmo caracter.

Uma mulher apresentava um kysto hydatico do figado com rim movel debaixo do tumor. Depois da incisão e da cura da doente o rim não retomou completamente o seu lugar, e ficaram signaes evidentes de mobilidade renal iliaca abdominal.

O segundo caso é de um abcesso da face convexa do figado, abcesso que foi aberto. Depois da cura o rim ficou movedizo.

Em consequencia de quanto se disse, o exame das duas glandulas, rim e figado, não será descuidado e deverá ser associado.

Comprehende-se que a therapeutica está ligada com estas asserções.

5° Vêm citados pelos autores, mas estão longe de ser demonstrados como elementos causaes, as congestões dos rins que verificar-se-hião na época da menstruação (Becquet) as lesões dos orgãos genitaes internos da mulher (Lanceraux) as alterações anatomo-pathologicas do mesmo rim (carcinoma, degeneração kystica, pyo-nephrose, calculos), os quaes atacam pelo contrario algumas vezes a viscera já anteriormente em ptose; a pressão dos orgãos proximos doentes (tumores do figado, do baço, do pancreas, das capsulas sobrerrenaes, desvios da columna vertebral, etc)

6° *Enteroptose* — Aqui ha uma questão de não secundaria importancia. As theorias de Glénard e da sua escola têm tido uma notavel influencia tambem sobre a theoria da nephroptose.

Segundo Glénard o rim movedizo não é senão que um phenomeno parcial de uma molestia geral, que interessa todas as visceras abdominaes, a enteroptose ou cahida das visceras.

Senão que, mesmo ficando certo que a ptose do rim acompanha frequentemente a ptose dos outros orgãos, é de absoluta necessidade reconhecer que muitas vezes a dislocação dos rins (especialmente nos casos de origem traumatica) é o unico facto pathologico existente, e constitue de si só a causa das perturbações que seguem-se.

Tuffier, de modo particular, insistiu n'este ponto, distinguindo o rim movedizo em *simples e complicado.*

Esta distincção é muito importante do ponto de vista cirurgico e therapeutico.

O *rim movedizo simples* é uma verdadeira deslocação traumatica do rim, ficando integro o resto da cintura abdominal. E' esta variedade que dá os melhores resultados therapeuticos, os triumphos da nephrorrhaphia.

O rim movedizo *complicado* é a deslocação vagarosa e progressiva, acompanhada ou seguida pela descida, pelo prolapso das visceras abdominaes, é a enteroptose de Glénard. As paredes abdominaes são frouxas e deprimidas encontra-se ao mesmo tempo uma hernia ou um prolapso uterino ou rectal, o estomago dilatado, os rins desigualmente deprimidos. A nephroptose neste caso não é mais do que um accessorio do estado morboso da região das visceras, e em tal contingencia os resultados da nephropexia são só mediocres. E' melhor tonificar as paredes abdominaes com a cintura e com a massagem.

7º *Uso do collete, como assim todas as constrições* no geral exercitadas na base do thorax parecem ter uma influencia não duvidosa sobre a origem da nephroptose, particularmente no lado direito, aonde o figado que, como é sabido corresponde ao uso do collete com depressões sobre a sua superficie e com uma especie de rotação para diante comprime o rim e determina gradualmente a sua cahida

Esta theoria tinha sido proposta por Cruveillier, tornada a propôr por Fritz e apoiada por outros autores.

Symptomas da nephroptose—O apalpamento fornece nos casos de deslocação dos rins a demonstração justa da mesma deslocação.

Esta póde ser de varios gráos, e nós aqui limitar-nos-hemos a uma simples classificação, considerando o rim como *palpavel* quando se conseguir só apalpar quasi a metade inferior durante uma profunda inspiração; como rim *luxado* aquelle que é todo attingivel pelo apalpamento e cuja posição é mais ou menos influida pela respiração; como *rim movedizo* (*rein flottant* dos francezes) aquelle que está de todo deslocado em varia posição no abdomen e que não resente mais alguma influencia das inspirações profundas e é pelo contrario movel passivamente, ou por varia posição do corpo, ou pelas mãos do investigador.

Muitas pessoas que tem o rim movedizo não provam incommodos de nenhuma especie referiveis a elle; em outras pessoas póde-se desenvolver um variado numero de symptomas, que é necessario ligar em tres grandes categorias: incommodos nervosos, dyspepticos e phenomenos dolorosos.

a) Os incommodos nervosos podem ser representados por um estado mais ou menos grave de *nervosismo*, que se approxima algumas vezes ás formas mais typicas e manifestas da neurastenia e do hysterismo. As doentes estão agitadas, excitaveis, caprichosas.

b) As perturbações da digestão consistem em anorexia, senso de peso no epigastrio, iperchlorhydria e algumas vezes ectasia do ventriculo.

A dyspepsia coincide frequentemente com a nephroptose e póde assumir formas clinicas differentes, que nas mulheres são muito mais frequentes do que nos homens em razão da maior frequencia da nephroptose no sexo feminino.

Em these geral do ponto de vista do chimismo gastrico, dos signaes physicos e dos phenomenos subjectivos, a dys-

pepsia, que se observa nas mulheres atacadas de rim movedizo não differe por nada daquella que observa-se na mulher isenta de nephroptose.

Na maior parte dos casos nenhum symptoma particular serve para attrahir a attenção do lado do rim e fazer presumir o abaixamento e a mobilidade delle.

Portanto na maioria dos casos a nephroptose é absolutamente latente ou coincide com manifestações dyspepticas tão communs, tão frequentes fóra della que torna-se impossivel da variedade da dyspepsia suppôr directamente a mobilidade anormal do rim.

Não succede mais o mesmo quando as perturbações da digestão manifestão-se com phenomenos accentuados.

Então apparecem de modo especial dôres, vomitos e graves accidentes neurastemicos.

c) as dores gastricas (caimbras, ardores) são raras nos doentes de que tratamos, e algumas vezes notam-se vomitos isolados.

A enterite muco-membranosa observa-se tambem com discreta frequencia.

As doentes emmagrecem, apresentando uma côr cinzenta e terrea da pelle, acham-se num estado de profundo abati mento, incapazes para um trabalho intellectual continuado.

Ellas soffrem frequentemente de inappetencia, de um senso de peso no epigastrio, têm regorgitações, pyrosis gastrica, obstinada dureza de ventre e algumas vezes, como já dissemos, uma enterite muco-membranosa. A insomnia, a cephalalgia e as vertigens são habituaes.

Nota-se uma tendencia á relaxação atonica das paredes do estomago e á stase prolongada serão permanente dos liquidos.

Isso é um dos typos de gastroectasia expostos por M. Bouchard.

Reservando-nos a fallar das crises gastricas, tambem chamadas crises de vomitos, observamos por emquanto com qual frequencia as ditas crises coincidam com a existencia da nephroptose, porque entre os phenomenos pathologicos attribuidos ao rim movedizo os accidentes dyspepticos occupam sem duvida o primeiro lugar.

De uma estatistica publicada por A. Mathieu (Crises de vomissements chez les malades atteints de rein mobile — Bulletins et mémoires de la Société Médicale des hôpitaux — 27 Octobre 1892 — extrahem-se os seguintes:

1.º Um grupo de casos verificados em mulheres recolhidas no hospital por outra molestia que não fosse a dyspepsia e nas quaes o incommodo estomacal era portanto pouco accentuado ou secundario.

Ora entre 48 mulheres atacadas de rim movedizo, 33 apresentavam phenomenos dyspepticos, isto é a 69°[o.

Entre 174 mulheres não atacadas de rim movedizo apresentaram phenomenos dyspepticos só 40°l0.

Isto prova desde agora que as manifestações sujectivas da dyspepsia são mais frequentes na mulher atacada de nephroptose do que naquellas isentas.

2.º Um outro grupo de doentes foi recolhido no hospital apresentando phenomenos dyspepticos.

Neste segundo grupo a proporção de rins movedizos apparece logo mais elevada do que nas mulheres tratadas por molestias diversas.

Com effeito, entre 46 mulheres atacadas de dyspepsia notavel encontra-se 38 vezes a mobilidade de um ou de ambos os rins, mas, na maioria dos casos, só do rim direito. Frequencia 70 %.

A intensidade dos phenomenos dyspepticos não é porém exactamente em relação com o gráo de mobilidade do rim, mas é evidente que a proporção das nephroptoses do 2° e do 3° gráo é mais accentuada nas mulheres atacadas de dyspepsia grave com preferencia d'aquellas que apresentam manifestações dyspepticas leves ou não apresentam de todo.

Resumindo :

1° Os phenomenos sujectivos da dyspepsia podem faltar de todo nas mulheres atacadas de rim movedizo.

2° Estes phenomenos são porém mais frequentes quando existe a nephroptose.

3° Da estatistica citada acima resultam 2 casos de nephroptose entre 3 mulheres com dyspepsia grave e 1 só caso de nephroptose entre 3 mulheres com dyspepsia leve.

Não é sufficiente, emfim, ter um rim movedizo para apresentar sensações digestivas anormaes, precisa que exista predisposição, isto é, um temperamento nervoso, gastrico e gastro intestinal.

Parece, pelo contrario, que a dyspepsia tende a manifestar-se por meio de phenomenos sujectivos mais accentuados quando é coincidente com a nephroptose do que quando não o é. Mas para nos só isso interessa : que nas pessoas atacadas de rim movediço, a dyspepsia apresenta-se debaixo de formas clinicas particulares. E' nestas condições que se produzem as crises de vomitos caracteristicas.

Pelo que eu disse a respeito aos phenomenos dolorosos das nephroptoses, elles podem ser restringidos a um senso indefinivel de mal estar, de pesadume, de dór. Outra vez as doentes accusam a sensação como de um objecto massiço que se disloque livremente no interior do ventre.

Signal caracteristico e frequente das dôres mais vivas e accessionaes é o seu insurgir em seguida á marcha, a um esforço, a um brusco movimento.

O seu desapparecimento e o seu acalmar-se quando o doente deita-se em posição supina tem tambem o significado de um symptoma caracteristico.

Deixamos de fallar de algumas complicações, quaes por exemplo a assim dita estrangulação aguda do rim e a hydronephrose intermittente por dobradura angular do uretere (Terrier) de que mais adiante referiremos um caso clinico succedido a Albarran em 1893.

Vamos antes a fallar de alguns factos clinicos extremamente importantes, que de um lado referem-se aos phenomenos gastricos e de outros aos phenomenos dolorosos.

Entendemos de acenar á accessos de dôres com typo gastrico acompanhados por vomitos e que foram designados pelos autores pelos nomes de crises gastricas.

Historia das crises gastricas no rim movedizo. A litteratura medica pouco ou nada possue neste assumpto que seja de todo novo.

Desfolhando o *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales de M. Lancereaux* encontra-se no Capitulo *Rins:*

« Quando sobrevém estas crises (crises de colicas nervosas) seja no momento das régras, seja depois de um trabalho ou um abalo, a doente sente instantaneamente na

região lombar uma dôr aguda que a obriga a deitar-se: suas feições anuam-se e alteram-se e assaz de frequente ella é atacada de vomitos biliosos quasi o mesmo como n'um accesso de colicas nephriticas. Uma das nossas doentes de 22 annos sofria de vomitos desde quatro dias e uma *facies peritonica* no momento da sua admissão no hospital. A manhã seguinte as dôres e os vomitos tinham em grande parte desaparecido debaixo da influencia do descanço e a *facies* era quasi normal.

Trata-se aqui de crises de vomitos, que têm evidentemente muita semelhança com aquelles que nós estudamos.

Lindner assim escreve: « Quando a accumulação das substancias alimentares no estomago torna-se ainda mais consideravel, quando o obstaculo à evacuação gastrica é mais accentuado pódem sobrevir phenomenos mais graves e particularmente vomitos violentos. O caracter destes vomitos é aliás em correlecão com esta idéa, que se ha uma obliteração do pyloro em que estes vomitos são o mais das vezes bastantes copiosos, elles fazem-se em grande quantidade sem muitos esforços, assim tambem nesta doença.

Emfim, os casos que são acompanhados de vomitos intensos se differençam sobretudo dos casos nos quaes os phenomenos dyspepticos são pouco acentuados n'isso que elles manifestão-se por accessos. As intermittencias entre as crises pódem durar muitos mezes e só durante alguma hora, muitas veces os accessos apparecem na época de menstruação.

Nas intermittencias das crises podemos não ter algum incommodo gastrico, nem malestar, nem inapetencia, alguns doentes nesses momentos até comem com appetite todo particular.

Os vomitos podem ser tão importantes de sobrevir dia e noite e persistir por tão longo tempo que durante sema

nas inteiras todos os alimentos ingeridos sejam logo lançados fora.

Bruhl (Rein mobile. Gazette des Hôpitaux, Février 1892) fallando do rim movediço diz que os incommodos gastricos occupam o primeiro lugar: elles são variados nas suas manifestações. Se trata o mais das vezes de incommodos gastricos, anorexia, dyspepsia dolorosa, crises de gastralgia.

Algumas vezes existem symptomas ainda mais graves como nauseas e vomitos. *Foram até observadas verdadeiras crises gastricas, que insurgiam seja nas epocas menstruaes seja fora destes periodos acompanhadas por vivas dôres e vomitos algumas vezes incoerciveis.*

M. Lafitte (Gazette des Hôpitaux. Janvier de 1894) a respeito das crises gastricas nas deslocações renaes diz assim «O rim movedizo é observado em geral nos neuropaticos. Algumas vezes é acompanhado por colicas atroces comparaveis aos accessos os mais penosos de colicas hepaticas ou nephriticas. As dôres atacam o epigastio e os hypocondrios e são acompanhadas por vomitos continuos. As exacerbações dolorosas produzem-se na mulher, sobretudo na época menstrual. A exploração da cavidade abdominal e da fossa lombar, a existencia de um tumor liso arredondado, movel, no abdomen, fazem diagnosticar uma dislocação renal e permittem de attribuir as crises dolorosas à sua causa verdadeira».

Esta descripção não nos dá nem a symptomatologia, nem a evolução, nada, em fim, que nos dé uma idea bem clara das verdadeiras crises gastricas.

M. Montennis (Entèroptose ou maladie de Glénard-Paris 1894) menciona entre as formas dyspepticas a manifestação de crises dolorosas verdadeiramente agudas, que têm o

mesmo assento das colicas hepaticas e que as fazem confundir com ellas.

Assignalamos estas falsas colicas hepaticas chamadas por Glénard colicas sob-hepaticas ou hypocondriacas porque poderiam induzir no erro fazendo modificar o diagnostico estabelecido.

Não se trata em geral que de um accesso de gastralgia insurgido debaixo da influencia de uma digestão difficil.

Labadie-Lagrave (Article «Rein» du Nouveau Dictionnaire de mèdecine et de chirurgie pratiques) fallando das dôres que se observam nos nephroptosicos diz: «Algumas vezes as dôres são acompanhadas de vomitos esverdeados e rebeldes e então corremos perigo de confundil-os com as colicas nephriticas ou biliosas e nas mulheres até com uma peritonite.

Outros autores, quaes Brault e Duchesne, accenam sómente a possibilidade de apparecimento de crises gastricas na nephroptose.

A M. Mathieu deve-se o merito por ter sido o primeiro que em 1892 pòz em relevo estas crises n'uma memoria lida na Société mèdicale des Hôpitaux de Paris.

Symptomatologia

A maioria dos autores e em particular Frantz Glènard, fazem derivar os accidentes gastricos dolorosos não da só nephroptose, mas da enteroptose em geral e os descrevem brevemente no capitulo dedicado a forma gastrica da enteroptose.

Existe aqui um erro de interpretação porque, além dos numerosos casos em que a nephroptose existe só, temos o facto que a intervenção cirurgica directamente contra a nephroptose é sufficiente para curar radicalmente os phenomenos gastricos dolorosos e as crises, que a nephroptose tinha causado.

Muitas vezes pode-se não reconhecer a verdadeira natureza das crises, porque não se investiga methodicamente a mobilidade renal.

Muitos phenomenos dolorosos analogos, que até agora classificaram-se entre os vomitos nervosos e essenciaes, porque ainda não foi encontrada a verdadeira causa delles, poderam no futuro ser etiologicamente ligados á *nephroptose.*

Etiologia. Fora da nephroptose, causa immediata e evidente das crises gastricas, pouco possuimos de certo.

A neurastenia póde ser admittida com preferencia do hysterismo, considerando tambem que nas doentes o estado neuropatico é conservado e tambem exasperado em seguida á irritação devida á mobilidade anormal do rim.

As causas occasionaes de cada uma destas crises são muito bem evidentes.

Mathieu cita tres dellas como mais frequentes, isto é a volta da menstruação, os maos tratos e as emoções violentas.

Exordio. As crises gastricas principiam em dois modos, ou *bruscamnnte ou insidiosamente.*

A primeira, que chamaremos *forma aguda*, bastante rara manifesta-se com tanta rapidez e intensidade que o medico pode julgar se na presença de um caso de envenenamento.

A *forma chronica* é muito mais frequente, os vomitos

no começo são raros, produzem-se uma ou duas vezes por dia, de manhã ou de tarde, e logo em seguida tornam-se mais frequentes. Pouco a pouco se estabelece uma intolerancia gastrica absoluta e a absorpção de qualquer substancia alimentar e de qualquer quantidade causa rapida e infallivelmente o vomito.

Muitas vezes, más não sempre, a doente accusa contemporaneamente, dôres gastralgicas intensas, que precedem o vomito. Estas dôres nunca faltam quando as crises attingem o seu paroxysmo com vomitos que se repetem até dez vezes por dia.

Durante o curso da molestia o symptoma *dôr* póde attingir uma grande intensidade com repercussão dolorosa na região dorsal, podendo fazer suppor a existencia de uma ulcera redonda. O epigastrio apresenta-se dolorido ao apalpamento, em especie debaixo e a direita da extremidade livre do appendice xiphoide.

Os vomitos manifestam-se em modo rapido ou tardio. Quasi sempre são rapidos e produzem-se de um quarto de hora a meia hora depois da introducção dos alimentos.

A gastroectasia pode observar-se más com pouca frequencia.

Os vomitos resultam das substancias alimentares ingeridas ou de um liquido aquoso algumas vezes denso porque misturado com o muco ou bilioso, ou tambem sanguinolento. N'este ultimo caso poder-se-hia cahir no erro pensando na existencia de uma ulcera redonda.

Os vomitos repetem-se, como se disse com maior ou menor frequencia: podem nos cassos graves produzir-se sem ser occasionados da ingestão de alimentos.

A nausea não precede o vomito, más o mais das vezes

com este se acaba um acceso de gastralgia mais ou menos intenso.

Symptomas geraes comcomitantes. O nervosismos, a dyspepsia, as crises de gastralgia dão ao quadro morboso uma apparencia particular. As doentes são magras, pallidas, impresionaveis: no momento das crises a sua anemia augmenta-se, o nervosismo exagera-se.

Decurso. Frequencia das crises. As crises gastricas na nephroptose podem manifestar-se por intervallos de tempo mais ou menos longos.

Pelas poucas observações clinicas ajuntadas por Mathieu e Baraton resultam ser os intervallos de dois até dez, vinte e vinte e cinco annos entre uma crises e a outra.

Pela descripção que temos feito apparece evidente que é sempre possivel para um medico que disso não tenha suspeita, illudir-se sobre a verdadeira natureza destes accessos dolorosos, e, é possivel a confusão com outras doenças como a tabes, o hysterismo, o vomito nervoso, um envenenamento os vomitos incoerciveis da prenhez.

Expôr-nos-hemos summariamente os caracteres diferenciaes entre o vomito das dixersas molestias citadas supra e o vomito das crises gastricas na nephroptose.

Crise gastrica na tabes. Na ataxia locomotriz a crise é de modo particular brusca e rapida e adquire muito depressa os caracteres de atroz intensidade. Algumas vezes, segundo Duchesne, no momento das crises dolorosas existe contracção pupillar com augmento da calorificação do olho e congestão intensa das conjunctivas.

A crise gastrica da tabes tem uma duração variavel, acaba repentinamente para começar de novo mais tarde com os mesmos caracteres.

Geralmente coincide com as dôres fulgurantes das extremidades inferiores, ás vezes alterna-se com ellas.

Se o medico pode facilmente cahir no erro pensando na tabes, na neuropatia, no hysterismo, etc., póde facilmente sahir do embaraço fazendo um exame cuidadoso e completo da doente effectuando a exploração methodica do abdomem e procurando o rim movediço.

Tratando-se de uma molestia eminentemente feminina a prevenção da nephroptose é mais justificada na mulher que não no homem.

Traçada assim a historia e a phenomenologia das crises gastricas na nephroptose, fica-nos a fallar do tratamento.

Tratamento

O tratamento se confunde com o tratamento do rim movediço em geral, demais o tratamento symptomatico do accesso doloroso.

Nos havemos de curar o melhorar a ptose renal e por essa intenção, pois que o ficar de pé e o andar aggravam o prolapso do rim, prescrever-nos-hemos á doente o repouso absoluto e o decubito dorsal.

Receitam-se com proveito os calmantes gastricos e o Mathieu aconselha a agua chloroformada, o chlorhydrato de cocaina: 0,05 centigr. por dia e o extracto gorduroso de cannahis indica na dóse de 0,03 centigr. por dia em varias vezes.

O regimen lacteo é de regra desde os primeiros dias Ao leite ajuntam-se mais tarde os ovos, a carne bem triturada e as *purées*.

Para o tratamento do rim movedizo temos *methodos medicos* e *methodos cirurgicos.*

Entre os primeiros temos a *cinta abdominal* proposta por *Mathieu.*

Esta é uma cintura de lã *tricotée* formada de tres faxas da largura da mão, que imbricam-se para adiante sobre o abdomen é directamente sobrepostas para traz. Estas tres faxas podem ficar independentes e ser seguradas por alfinetes inglezes ou presas por linguetas providas de botões. Para impedir que a faxa inferior torne a subir deve-se segural-a em baixo por meio de vendas elasticas. Quando o rim acha-se fortemente deslocado para adiante ajunta-se no lado direito um pequeno coxim de crina cuja parte mais espessa é dirigida para baixo.

O pequeno coxim é tambem util para as mulheres magras cujo abdomen é pouco prominente.

O tratamento medico diminue a duração das crises e afasta notavelmente o seu regresso.

Tratamento cirurgico — Póde-se experimentar a intervenção cirurgica (nephropexia) que, segundo as estatisticas de Sulzer, Tuffier e outros, levou algumas vezes á cura completa.

Entre os processos operatorios, que executam-se sobre o rim, nos não fallaremos da nephrotomia, nem da nephrectomia porque bem poucas vezes a nephroptose offerece a indicação disso. Limitar-nos-hemos a fallar da *nephrorrhaphia* ou *nephropexia.*

Nephrorrhaphia—Designa-se debaixo deste nome a operação que consiste em fixar o rim movedizo normal ou alterado.

O processo pelo que fixa-se o rim chama-se tambem *nephropexia.*

Esta operação, ideada por Hahn em 1881, é já entrada rapidamente na pratica, e calculam-se hoje em dia algumas centenas de casos. Numerosos trabalhos foram publicados sobre esta questão.

O methodo operativo geralmento em uso consiste em abrir a região lombar e fixar o rim, a 12ª costella e ás aponevroses profundas.

Hahn tinha primeiramente aconselhado de fixar simplesmente a capsula gordurosa, mas os successos negativos que disso resultaram fizeram abandonar este processo.

Bassini fixa a capsula propria. Ceccherelli passa os fios no rim. Guyon faz o mesmo e Duret fixa a camada adiposa e o parenchyma.

Eis a technica da operação descripta por Tuffier: colloca-se a doente em decubito lateral sobre o lado são, faz-se uma incisão lombar levemente obliqua da 11ª costella á crista iliaca a quatro dedos transversos fora das apophyses espinhosas, e em seguida secções musculares successivas, separação vagarosa e muitas vezes laboriosa da capsula adiposa, o rim estando deslocado e fixado por um assistente.

Denudado o orgão em toda a extensão da sua borda convexa e das duas faces adjacentes, passa-se um fio de cathgut grosso em pleno parenchyma na sua parte superior, de maneira a fixar e levar o orgão entre os labios transbordados da ferida.

Pratica-se o mesmo na sua extremidade superior perto de quatro centimetros longe da summidade do rim; depois sobre a face posterior e a borda convexa, desseca-se a capsula propria de Malpighi em modo que se reforce o parenchyma cortical.

O leve derramamento sanguineo, que segue esta dissecação, vem detido pela compressão. Colloca-se então um

terceiro fio na metade do rim em plena substancia renal. Estes tres fios, passados por meio de agulhas curvas de Reverdin, são simples ou duplos. As substancias empregadas são o cathgut, os tendões de kanguroo que se absorvem muito rapidamente ou a grossa seda chata aseptica, que é inoffensiva, como provaram-no as experiencias, e que mantem fixado em permanencia o orgão porque ella não se absorve.

Estes fios fixados, os superiores ao periostio da face externa da 12ª costella os medios dois a dois na extremidade superior da incisão aponevrotica profunda, os inferiores á esta mesma aponevrose. Elles apertar-se-hão moderadamente de modo a não cortar o parenchyma e para fazer unir a parte avivada á parede muscular. O rim assim fixado encontra-se na sua situação normal.

As differentes secções musculares suturar-se-hão em tres camadas por meio de cathgut e a pelle pela crina de Florencia sem alguma drenagem. Atadura classica, gaze antiseptica e algodão esterilisado.

Atadura do corpo com sob-coxa.

Diversos accidentes podem apresentar-se no curso desta operação.

A mobilidade extrema do rim pode tornar difficil a sua isolação, o colon faz então hernia na ferida. Para evitar esses inconvenientes é suficiente collocar os afastadores que rechação o intestino crasso e fazer bem apresentar o rim por meio de um assistente que afonda um punho no flanco.

Esta mobilidade permitte muitas vezes de o enganchar e fazer sahir o rim atravéz a brecha lombar pode-se então preparal-o sobre as costas do doente e passar commodamente os fios.

A necessidade de abrir a ferida até a 12ª costella tem feito ferir a pleura.

A sua occlusão com uma esponja e a sutura com o cathgut remedeiam este accidente.

Pode-se evitar isto rechaçando com a unha a gordura sub-pleurica quando chega-se nesta cavidade perigosa. A hemorrhagia, que segue-se á passagem do fio, para facilmente por simples compressão.

E' uma operação aseptica, que deve effectuar-se sem antisepticos concentrados por causa dos accidentes de absorpção tão faceis em seguida á dissecção da capsula.

Depois da operação a urina diminue de quantidade.

Num caso observou-se atè retenção por dous dias. Ella está apenas colorada de sangue : precisa o microscopio para descobrir a presença de globulos sanguineos no deposito.

Pelas estatisticas das doentes de Réclus resulta que durante os 3 ou 4 dias a quantidade de urina fica debaixo de 1.000 grammas. Sómente perto do 7° dia attinge as 1.500 grammas; do 10° para o 12° chega até 2.500, e não é que perto do 13° e 14° dias que se restabelece a média physiologica de 1.500 grammas.

No mesmo tempo as proporções de uréa seguem quasi uma marcha parallela, variando de 15 para 20 grammas por litro, por conseguinte a quantidade de urina eliminada dá-nos exactamente a funcção physiologica do rim.

As doentes devem ficar em decubito dorsal e por quanto possivel immoveis durante 20 dias tendo a bacia erguida por meio de um coxim, quando ellas levantam-se podem trazer uma atadura durante a primeira semana ; ellas soffrem por alguns dias depois tudo desapparece.

Num caso sómente Tuffier observou uma anesthesia do monte de Venus devida a secção do nervo grande abdomino genital.

Segundo uma estatistica de Tuffier os resultados actuaes

da operação são os seguintes : 177 operações com uma mortalidade operativa de 4,4 %.

Nestes 177 casos observamos :

Cura absoluta	92
Melhoramentos persistentes . . .	23
Resultados satisfactorios	24
Melhoramentos temporaneos. . .	8
Insuccessos	20
Mortos.	8

Os resultados remotos da operação forão estudados por Tuffier, que continuou a observar 30 das suas doentes por mais de 6 mezes.

Entre estas 30 obteve 29 successos e 1 morta: neste ultimo caso se tratava de uma mulher de 50 annos que 13 dias depois da operação morreu de tétano agudo.

As outros 29 doentes curarão-se todas por reunião por primeira intenção e entre ellas 23 sem alguma drenagem.

Destas 29 curas o Tuffier continuou a observar 10 por 4 annos e 3 outras por um anno. Tuffier teve só um insucceso com recaida: tratava-se de um homem com cirrose hyperthrophica do figado, que nos seus accessos congestivos augmentava de volume e dislocava o rim. Em todas as outras operadas o rim ficou firmemente fixado, as dóres desapparecerão completamente. Mas como o apalpamento bimanual o rim era ainda perceptivel, a sua extremidade inferior roçan-a 12ª costella.

Para bem certificar-se que o rim não é mais movedizo precisa collocar a doente na posição genu-peitoral. Ver-se-ha então que o rim está firmemente fixado.

As dóres cessarão completamente em todas as operadas excepto uma que entrava aliás no quadro da enteroptose.

Os incommodos dyspepticos persystiram n'um caso e desapareceram nos outros.

A respeito dos accidentes hystero-neurastenicos, elles desapareceram e uma só das doentes queixa-se ainda de nevralgias.

Os accidentes que determinam a intervir são de tres ordens : as dôres as perturbações gastricas e a neurastenia.

Para Tuffier a formadoloro sa simples ou acompanhada por hydronephrose intermittente é a mais favoravel ao tratamento.

Entre 14 operados de Tuffier 10 curaram e 4 melhoraram.

A forma dyspeptica da 1 insucceso pōr 2 operados.

A forma neurastenica da 2 insuccessos por 3 operados.

N'um caso de mobilidade exagerada Tuffier collocou o rim por detraz da aponevrose anterior do musculo quadrado dos lombos e o resultado foi optimo.

Na secção de 8 de Abril de 1892 da Sociedade Clinica de Londres *Arbuthnot Lane* comunicou a seguinte observaçáo : Uma mulher de 40 annos entra no hospital com um rim extremamente movedizo. Pratica-se a nephorrhaphia: a face posterior do rim denudada e a capsula dividida em 10 linguetas triangulares mediante incisões que dirigiam-se do centro para a peripheria do orgão. Um fio de seda ata-se a cada uma das linguetas triangulares da capsula a qual em seguida attrahe-se a travez a incisão lombar de modo a pôr a superficie posterior do rim em contacto inmediato com as superficies musculares recém-seccionadas.

O estado geral da doente melhorou e em seguida poude retomar a vida activa durante mais de um anno sem que insurgisse o minimo inconveniente. Más em seguida a um esforço que ella fez um dia para levantar uma mala muito

pesada provou uma viva dôr no lado, e na duvida que o rim tivesse tornado a ser movedizo, praticou-se uma nova incisão exploradora, que permitiu de provar que esse orgão tinha-se conservado bem em contacto com as paredes abdominaes por meio de um solido enredo de tecido cicatricial.

Hulke diz que muito frequentemente o rim torna-se uma outra vez movedizo depois de ter sido fixado e recommenda uma atadura compressiva em forma de ferro de cavallo.

Gould admitte que pelo processo, que consiste no emprego das suturas temporaneas, que tiram-se depois de tres ou seis dias, não é raro ver o rim tornar a ser movedizo, mas a sutura da capsula renal á aponevrose transversa dá sempre a fixação permanente do orgão.

O uso da atadura o julga inefficaz.

Herbert Allingham diz de ter encontrado numerosos casos em que os symptomas de rim movedizo não attenuaram-se depois da nephrorraphia.

Precisaria portanto, segundo elle modificar o processo operativo para tornal-o mais efficaz.

Bowlby diz que muitas vezes teve occasião de observar que o rim fixado pela nephrorrhaphia pode tornar-se uma outra vez movedizo.

Sir *Dyce Duckworth* declara que no rim movedizo raramente fez uso da cirurgia. Viu individuos com rim movedizo viver muitos annos sem alterações notaveis da saude e por isso não se ha de intervir com a cirurgia excepto nos casos em que a lesão vai acompanhada com vivos soffrimentos.

R. W. Parker refere o caso de uma doente operada sem ter conseguido o minimo allivio.

Barlow diz que tratou numerosos casos de rim movediço sem nunca ter sentido a necessidade de recorrer á cirurgia. Segundo elle o medico que aconselhasse a operação, cahiria numa grande responsabilidade, a menos que não fosse indicada por soffrimentos insupportaveis.

Lane faz constar que os medicos parece que não dêm grande importancia aos symptomas do rim movediço, e é por isso que as doentes vêm logo ou tarde para reclamar a obra do cirurgião.

Albarran (de Paris) na sessão de 8 de Abril de 1893 da Sociedade de Cirurgia citou um caso de uma operação effectuada numa moça, que desde 12 annos soffria accidentes devidos ao rim movedizo. As crises dolorosas frequentemente durante muitos dias coincidiam com as regras.

Muitas vezes graves accidentes de estrangulação renal obrigaram a reduzir o rim, previa chloroformisação.

Ultimamente depois de uma crise que prolongou-se por 15 dias, o rim tendo-se tornado irreduzivel e o estado geral muito precario (a doente tinha vomitos continuos e syncopes repetidas) Albarran decidiu-se operal-a em plena crise. Encontrou o rim em retroversão, tendo-se inclinada para traz a extremidade superior e a inferior para diante; o orgão tinha augmentado de volume, mas foi facil reduzil-o e evacuar assim pelo uretere a pequena quantidade de urina que o estendia.

O rim foi em seguida fixado pela nephrorrhaphia segundo o processo de Guyon. As consequencias da operação foram simples e a doente curou-se perfeitamente.

Do ponto de vista pathogenico esta observação é absolutamente concludente, demonstrando que algumas estrangulações renaes são devidas á hydronephrose intermittente por dobradura a cotovello do uretere.

Esta theoria não estava ainda baseada sobre nenhuma prova direita. O mesmo autor insiste tambem sobre a curiosa variedade de deslocação renal, a retroversão renal que a operação lhe fez observar. Albarran julga com Guyon que precisa ensaiar o *taxis* antes de recorrer á operação nos casos de estrangulação renal.

Collocar-se ha a doente na posição inclinada de Morand-Trendelemburg e tentar-se-ha a reducção do rim pelas manobras suaves. Precisando, subministrar-se-ha o chloroformio e se máo grado a reducção, os phenomenos aggravam-se, deverá recorrer-se á intervenção operativa, de que o autor resume assim as indicações: nephrorrhaphia se o rim fôr são e reduzivel, nephrotomia na hydronephrose permanente ou se o rim fôr inficionado.

Muito raramente a nephrotomia primitiva poderà ser praticada só estando certos de que o rim do lado opposto esteja são, ou se o rim doente está bastante alterado e si o estado geral permitte uma operação desta importancia.

Picqué e Malécot citam duas curas de nephrorrhaphia.

Jeannel operou tres casos de crises dolorosas com cura completa.

Weber na sociedade de Therapeutica em Dezembro de 1894 leu uma observação de colite pseudo-membranosa sobrevinda numa mulher e coincidinte com um rim movedizo complicado com hydronephrose. Praticou-se a nephrorhaphia, fixou-se o rim e a doente no mesmo tempo curou-se da nephroptose e da colite membranosa.

Dujardin-Beaumetz explica que as pseudo-membranas que encontram-se nos casos ditos de colite pseudo-membranosa são devidas a perturbações nervosas do intestino, por que os individuos atacados de enterite pseudo-membranosa são todos nervosos.....

Dujardin-Beaumetz considera n'uma palavra esta molestia como uma nevrose secretoria. As assim ditas falsas membranas, que encontram-se nesta fórma de enterite, não são inteiramente organisadas, ellas não existem, não é outra cousa do que muco.

Portanto a intervenção cirurgica nestas doentes, seja por uma laparotomia, seja por outra operação, modifica fortemente o seu estado nervoso. Isto póde explicar a cura da doente citada por Weber e póde tambem dar-nos uma explicação das curas das formas de crises gastricas da nephroptose.

Os resultados da nephrorrhaphia ou nephropexia são animadores.

Sem affirmar com Landeau e Lawson Tait que a operação nunca é justificada, sem seguir cegamente a opinião contraria de Keppler, que considera o rim movedizo como uma ameaça para a vida da doente e quer que se pratique a nephrectomia não apenas diagnosticado o rim movedizo, é de reputar com Tuffier que a nephrorraphia tenha de conservar o seu lugar como a primeira das operações efficazes na cirurgia renal.

E' uma operação não perigosa porque n'uma estatistica de 149 casos operados a mortalidade foi só de 3,4 %.

E' uma operação efficaz porque sobre 73 operações typicas o 80 % das vezes deu cura completa ou notavel melhoramento.

E é de esperar que, tendo cuidado no futuro em escolher com discernimento os casos verdadeiramente operatorios, as estatisticas hão de melhorar muito, marcando cifras eloquentes em favor da nephropexia.

Bibliographia

Além das obras citadas na these:

Semaine Médicale — 1891—1892—1893—1894—1895.

M. Baraton — Contribution à l'étude des crises gastriques dans la néphroptose — Thèse de Paris, 1894.

Duplay et Reclus — Traité de Chirurgie, T. VII — Appareil urinaire par le Dr. Tuffier.

PROPOSIÇÕES

Cadeira de physica medica

I O thermometro é baseado sobre a propriedade que têm os corpos de se dilatar com o calor.

II. Elle é indispensavel na clinica para conhecer-se a temperatura.

III. O thermometro de columna fixa offerece mais vantagens do que o de columna movel.

Cadeira de chimica inorganica medica

I. O ar atmospherico é uma mistura de oxygenio e azoto na proporção de 21 °[o] do primeiro para 79 °[o] do segundo.

II. Além destas substancias existem normalmente na atmosphera gaz carbonico e vapor de agua em proporções variaveis.

III. Só accidentalmente podem ser encontradas outras substancias, umas gazosas, outras solidas sob a fórma de poeiras.

Cadeira de botanica e zoologia medica

I. A respiração dos vegetaes não é perfeitamente identica á dos animaes.

II. Os animaes absorvem oxygenio e eliminam acido carbonico, ao passo que os vegetaes fazem o contrario.

III. As partes verdes de uma planta, em presença da luz do sol, pela chlorophilla que contém, absorvem acido carbonico e eliminam oxygenio, e as flores fazem o contrario.

Cadeira de anatomia descriptiva

I. Os pulmões são orgãos pares situados nas partes lateraes da cavidade thoracica.

II. O volume dos pulmões, variavel para cada individuo, conforme o momento da respiração, depende da quantidade de ar que contêm.

III. O pulmão direito, que é um pouco mais volumoso do que o esquerdo, compõe-se de tres lobos, ao passo que o esquerdo tem apenas dois.

Cadeira de Histologia theorica e pratica

I. O estudo da estructura do pulmão reduz-se em ultima analyse ao das derradeiras ramificações bronchicas e dos infundibula.

II. O infundibulum é constituido por um grupo de alveolos que se abre em uma cavidade commum onde vem terminar um ramusculo bronchico.

III. Os alveolos podem tambem existir isolados no curto trajecto do bronchiolo terminal.

Cadeira de chimica organica e biologica

I. A saliva contém um fermento denominado ptyalina, que transforma os amylaceos em destrina.

II. O succo gastrico transforma as substancias albuminosas em peptonas.

III. O succo pancreatico tem acção de emulsionar e saponificar as gorduras.

Cadeira de physiologia theorica e experimental

I. A innervação cardiaca se compõe do pneugastrico, do sympathico e ganglios automotores.

II. O pneumogastrico é o nervo moderador do coração. Excitado diminue a energia e o numero das systoles cardiacas.

III. O grande sympathico é accelerador dos movimentos cardiacos.

Cadeira de pharmacologia e arte de formular

I. O opio é extrahido do *papaver somniferum* planta da familia das papaveraceas.

II. A morphina é o mais importante de todos os alcaloides do opio.

III. A morphina emprega-se preferivelmente pela via hypodermica: o laudano do Sydenham é a preparaçãc mais empregada pela via gastrica.

Cadeira de pathologia cirurgica

I. O choque traumatico está em relação com a extensão da ferida.

II. E' mais frequente nos ferimentos por armas de fogo do que nas grandes e violentas contusões.

III. O abaixamento da temperatura, no choque traumatico, não é sempre de prognostico favoravel.

Cadeira de chimica analytica e toxicologica

I. A pesquiza da albumina nas urinas póde ser feita por diversos processos.

II. Os mais geralmente empregados são a ebullição e o acido azotico que precipitam a albumina.

III. Para evitar qualquer causa de erro devem os dois processos ser empregados simultaneamente.

Cadeira de anatomia medico-cirurgica e comparada

I. A cavidade thoracica é limitada pelo esterno adiante, a columna vertebral posteriormente, as costellas lateralmente, o diaphragma em baixo; em cima communica directamente com o pescoço.

II. As paredes desta cavidade são forradas internamente pela cuperficie externa da pleura parietal.

III. A superficie interna desta pleura constitue com a superficie externa da pleura visceral uma cavidade virtual chamada cavidade da pleura.

Cadeira de operações e apparelhos

I. Thoracentese é a puncção do thorax.

II. Nesta operação deve o cirurgião evitar por todos os meios a entrada do ar na cavidade thoracica.

III. Os instrumentos que melhor satisfazem a este fim são os apparelhos aspiradores de Potain e de Dieulafoy.

Cadeira de pathologia medica

I. A tisica pulmonar apresenta em sua evolução tres periodos distinctos.

II. Os symptomas do primeiro periodo são em extremo variaveis e obscuros, e só um exame muito minucioso os poderão revelar.

III. Do diagnostico da molestia nesse periodo depende em grande parte a probabilidade da cura.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

I. Os rins gottosos parecem muito com os rins no terceiro estado da molestia de Bright.

II. Se differenciam porque se acham nas pyramides manchas

brancas em fórma de fita, que decorrem em direcção dos tubos rectos.

III. Estas manchas são constituidas de uratos e no apice de cada pyramide encontra-se um ponto branco da mesma natureza.

Cadeira de materia medica e therapeutica

I. A papayna é extrahida do succo da carica papaya ou mamoeiro, pertencente á familia das passifloraceas.

II. E' o succedaneo vegetal da pepsina gozando de um poder digestivo mais notavel do que esta.

III. Tem as mesmas indicações que a pepsina e emprega-se nas mesmas doses.

Cadeira de obstetricia

I. As apresentações de espadua são das menos frequentes em obstetricia.

II. A evolução espontanea depende de diversas circumstancias das quaes umas são inherentes ao féto outras á parturiente.

III. Em geral as apresentações de espadua reclamam a intervenção da arte.

Cadeira de medicina legal

I. A melancolia ou lypemania é uma affecção mental caracterisada por idéas delirantes de natureza triste e de depressão levada algumas vezes até o estupôr.

II. Os lypemaniacos podem alguma vez sob a influe cia de allucinações se livrarem a impulsões violentas.

II. A melancolia é facil a provar-se e os individuos que della são affectos são irresponsaveis.

Cadeira de hygiene

I. A cremação é o meio mais rapido e melhor de destruição do cadaver.

II. A cremação haveria de ser praticada pelo menos em todos os casos de molestias infectivas.

III. O crematorio systema «Gorini» produz incineração completa e rapida do cadaver com um gasto insignificante de combustivel.

Cadeira de pathologia geral e historia da medicina

I. Diatheses são modificações especiaes do typo physiologico, que diminuem a resistencia do organismo contra certas influencias morbificas.

II. O grupo das diatheses, outr'ora muito numeroso, tem sido consideravelmente reduzido, por terem sido riscadas delle muitas molestias, cuja verdadeira etiologia não era conhecida.

III. Desse numero faz parte a tuberculose.

2.ª cadeira de clinica cirurgica

I. Os abcessos frios do peito reconhecem como causa habitual uma carie costal de origem tuberculosa.

II. São caracterisados por um tumor fluctuante, indolente sem reacção local ou geral.

III. O tratamento consiste em abril-os, raspar-lhes a parede interna, retirar a porção ossea doente, reunir a ferida, drenando-a e applicar um curativo antiseptico.

Cadeira de clinica dermatologica e syphiligraphica

I. A syphilis é uma molestia infectuosa chronica produzida pela transmissão de um contagio especifico fixo, que produz a infecção de todo o organismo.

II. As fórmas perniciosas da syphilis observam-se nos alcoholistas, nos velhos e geralmente nos individuos em miseria social physiologica.

III. Quasi todos os autores estão concordes em negar a possibidade de re infecção da syphilis.

Cadeira de clinica propedeutica

I. A auscultação como methodo de exame foi descoberta por Laennec (1781—1826).

II. Distinguem-se dois methodos de auscultação, a immediata e e a mediata.

III. Em geral usa-se a auscultação immediata no exame dos pulmões e a mediata no exame do coração.

1.ª cadeira de clinica cirurgica

I. Os estreitamentos da urethra tratam-se pela dilatação ou pela urethrotomia.

II. A dilatação pode ser gradual ou forçada.

III. A urethrotomia interna ou externa.

Cadeira de clinica obstetrica e gyneco-logica

I. Para executar a versão podalica é necessario que o orificio uterino, a vagina e o canal pelviano sejam sufficientemente dilatados para permittir a introducção da mão.

II. O feto deve ser movel, e se as membranas são rotas, o utero deve ser pouco contrahido.

III. A parte que se apresenta não deve ser muito entrada na escavação.

Cadeira de clinica ophtalmologica

I. A iridectomia é a operação pela qual se excide uma parte da iris.

II. A iridectomia pratica-se por fim optico nos casos de leucomas parciaes e por fim curativo em outras molestias particularmente no glaucoma.

III. O coloboma deverá ser pequeno e central na iridectomia por fim optico, vasto e peripherico nos casos de glaucoma.

2.ª cadeira de clinica medica

I. Beri-beri é uma polynevrite de natureza infectuosa.

II. A remoção do doente para fóra do fóco de infecção é da maior efficacia relativamente á cura.

III. São frequentes os casos de reincidencia, com a volta do ndividuo depois de curado ao lugar onde contrahiu a molestia.

Cadeira de clinica psychiatrica e de molestias nervosas

I. Dá-se o nome de demencia á perda ou enfraquecimento das faculdades intellectuaes.

II. A demencia é sempre adquirida.

III. Este caracter a distingue da idiotia na qual a perturbação da intelligencia existiu sempre.

Cadeira de clinica pediatrica

I. O rachitismo é uma molestia peculiar á infancia.

II. E' caracterizada por diversas deformações dos ossos.

III. Muitas vezes se observa o rachitismo nos heredo-syphiliticos.

1ª. cadeira de clinica medica

I. As hemoptyses podem ser essenciaes ou symptomaticas.

II. A hemoptyse essencial é rara.

III. A causa mais frequente da hemoptyse symptomatica é sem contestação a tuberculose.

Hyppocratis aphorismi

I

Ars longa, vita brevis, occasio prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sect I. Aph. 1°.)

II

Lassitudines spontaneœ morbos denuntiant.

(Sect II. Aph. 5°.)

III

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect II. Aph. 6°.)

IV

Qui spumantem sanguinem sputo rejiciunt, iis ex pulmone educitur.

(Sect V. Aph. 13°.)

V

Frigidum inimicum ossibus, dentibus, nervis, cerebro, spinali medullœ, calidum vero utile.

(Sect V. Aph. 18°.)

VI

Ad extremos morbos extrema remedia, exquisite, optima.

(Sect VI. Aph. 6°.)

Visto. Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 1897

O secretario,
DR. ANTONIO DE MELLO MUNIZ MAIA.